

衛生福利部嚴重特殊傳染性肺炎集中檢疫工作人員 及專案返臺隨機檢疫小組人員津貼補償申請原則

壹、法源依據

指定徵用設立檢疫隔離場所及徵調相關人員作業程序與補償辦法。

貳、適用對象

為嚴重特殊傳染性肺炎防治需要，經衛生福利部以徵調書(函)徵調之工作人員，包括：

- 一、支援集中檢疫場所之工作人員；
- 二、支援專機返臺之專案任務隨機檢疫小組人員(下稱專案人員)。

參、津貼補償計算

一、自徵調日起至結束日止，依其擔任之職務按出勤證明(簽到簽退單或專案工作日誌)實際出勤日/班核實發給。

二、津貼基準及計算方式：

(一) 各類職務津貼基準如下：

1. 醫師：每人每日新臺幣一萬元。
2. 護理人員：每人每班新臺幣五千元。
3. 前二目以外之醫事人員：每人每日新臺幣二千元。
4. 其他人員：每人每日新臺幣一千五百元。

(二) 計算方式：

1. 補償基準以每日為單位者，同日內不論時數皆以一日計算；如有跨日，連續出勤未達八小時者以一日計，超過八小時者以二日計；採二十四小時分二或三班輪值者，皆不以跨日計算。
2. 補償基準以每班單位者，以半班(四小時)為基本單位，出勤未達四小時以半班計算。
3. 每日申請上限，以日為基本單位者不得超過1日，以班為基本單位者不得超過3班。

(三) 出勤日/班計算範例

樣態	一	二	三	四	五
出勤時段	0800-1800	1800-0400 ⁺¹	0800-1300	2300-0400 ⁺¹	7/1 2000-0800 ⁺¹ 7/2 1800-2200
出勤時數	10	10	5	5	16
計算基準					
醫師					
其他醫事人員	1 日	2 日	1 日	1 日	2 日
其他人員					
護理人員	1.5 班	1.5 班	1 班	1 班	2 班

肆、申請期間

自受徵調人員工作之徵用場所公告日起開始，最後申請受理日為徵用場所廢止/解除日或專案結束後一年內。

伍、申請方式

- 一、集中檢疫場所工作人員：由本人填具申請書（附件 1），同時備齊個人徵調處分書(函)影本及出勤證明等資料提交原服務機關/單位(下稱申請機關)依津貼基準及計算方式進行審核，審核完成後填寫津貼補償申請總表（附件 2），再由申請機關將津貼補償申請總表影本，併同個人申請相關資料影本(含申請書、徵調處分書/函及出勤證明)，函送本部統一申請。
- 二、專案人員：由本人填具申請書（附件 3）及領據(附件 4)，並備齊個人徵調處分書(函)影本、出勤證明及個人金融帳戶(存摺封面影本)等資料郵寄本部申請。

陸、核發程序

- 一、集中檢疫場所工作人員：
 - (一) 本部於受理機關津貼申請後進行審定，以書面通知申請機關審定結果。
 - (二) 申請機關應於收到審定結果後，依審定結果將津貼撥付予申請

人。

二、專案人員：本部於收到申請相關資料審定完成後，將津貼撥付至個人指定帳戶。

柒、其他注意事項

一、本津貼申請原始憑證採就地審計方式辦理，申請機關應依據會計法、審計法相關規定，妥善保存；如經本部查核發現有溢領及不符規定者，得追繳回已核發之津貼。

二、集中檢疫場所之工作人員津貼申請以月為單位，申請機關應於次月 15 日前進行前一個月申請。

三、如徵調人員為申請機關以委外方式辦理，則統由申請機關協助申請。

四、值勤人員配置應以本部 109 年 6 月 20 日函送之「嚴重特殊傳染性肺炎集中檢疫場所人員配置標準建議表」，依實際入住人員情形及各檢疫場所狀況適當配置人力，並據以進行津貼申請，如因特殊任務無法依照配置表建議之人力標準，應主動於申請資料中說明。

**衛生福利部嚴重特殊傳染性肺炎
集中檢疫工作人員津貼補償申請書**

申請人	姓 名	出生日期	
	身分證字號	聯絡電話	市話： 手機：
	任職機關	職 稱	
	徵 調 地 點		
	本次申請津貼期間*		
適用對象		申請津貼日/班數 (請提供出勤證明)	申請津貼金額
<input type="checkbox"/> 醫師：新臺幣 10,000 元/日 <input type="checkbox"/> 護理人員：新臺幣 5,000 元/班(日) <input type="checkbox"/> 其他醫事人員：新臺幣 2,000 元/日 <input type="checkbox"/> 其他人員：新臺幣 1,500 元/日		日/班	元 (元/日(班) x 日(班))
檢附文件	<input type="checkbox"/> 徵調處分書(函)影本 <input type="checkbox"/> 出勤證明(簽到/退單)影本		
備註			
申請人：		(簽名或蓋章)	
申請日期：		年 月 日	

*申請期間以月為單位

備註：

1. 依照民法第 148 條：「權利之行使，不得違反公共利益，或以損害他人為主要目的(第 1 項)。行使權利，履行義務，應依誠實及信用方法(第 2 項)。」之規定，如有違反而致生損害，需自負法律相關責任。
2. 完成申請表填列後，請依規範檢附所需文件，送交原服務單位窗口申請。

受理單位填寫
受理日期: 年 月 日
案件編號:

衛生福利部嚴重特殊傳染性肺炎集中檢疫津貼補償申請總表

申請機關: _____

申請日期: _____

序號	徵調場所	員工姓名	本次申請津貼期間	津貼基準(A)	申請日/班數(B)	申請津貼金額(A×B)	申請人簽章
1	00 檢疫場所	王大明	109/01-109/03	5000	5	25,000	(範例)
申請津貼金額總計(C)							
備註:							

填表人: _____ (簽章) 人事主管: _____ (簽章) 會計主管: _____ (簽章)

機關主管: _____ (簽章)

衛生福利部嚴重特殊傳染性肺炎
專案返臺隨機檢疫小組人員津貼補償領據

茲向衛生福利部疾病管制署領到

嚴重特殊傳染性肺炎專案返臺隨機檢疫小組人員津貼補償

新臺幣 萬 仟 佰元正

此 據

姓 名： (簽名或蓋章)

身 分 證 字 號：

戶 籍 地 址：

中 華 民 國 年 月 日